DESIGNAMIENTO DEL COMPRADOR AUTORIZADO PARA EBT

La información personal que usted provea puede ser usada para propósitos secundarios [Ley de Privacidad, s. 15.04 (1)(m)].

Nombre del Caso	Número del Caso	Nombre del Trabajador
-----------------	-----------------	-----------------------

Al marcar la(s) caja(s) a continuación, Yo certifico que:

- Yo quiero a _____ removido como Comprador Autorizado de mi caso.
- Yo quiero designar a la persona nombrada a continuación como mi Comprador Autorizado de utilizar mi cuenta de Estampillas de Alimentos EBT para comprar mis alimentos.
- Yo entiendo que si mi cuenta de Estampillas de Alimentos es utilizada por mí, un Comprador Autorizado o cualquier otra persona a la cual yo voluntariamente de mi tarjeta EBT y PIN, la transacción es considerada autorizada y los beneficios **no** serán reemplazados.

Nombre del Comprador Autorizado (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido) favor de usar letra de molde
--

Firma del Portador Principal de la Tarjeta o Pagador Alterno	Fecha
--	-------

Solo Para el Uso del Trabajador	
☐ New Authorized Buyer	
☐ Remove Authorized Buyer	
Worker Signature	Date Signed

RETAIN COMPLETED FORM IN CLIENT FILE